Praxis der Psychotherapie

Ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie

Herausgegeben von Wolfgang Senf und Michael Broda

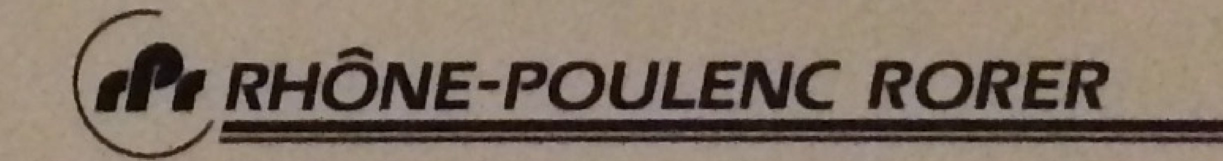
Bearbeitet von

U. J. Bayen
K. W. Bilitza
D. Birnbacher
H. Böker
E. Brähler
M. Broda
P. Buchheim
R. W. Dahlbender
A. Dahm
B. Dahme
F.-W. Deneke
A. Dinger-Broda
U. T. Egle
W. Engelhardt
L. Fehm
J. Finke
G. Fischer
St. Fliegel
A. Franke
H. J. Freyberger
M. T. Gastpar
M. Geyer
B. Glier
A. Götz v. Olenhusen
N. F. Gurris
G. Haag
E. Heim
St. Herpertz
G. Heuft
W. Huber
F. H. Kanfer
Th. Köhler
L. Kottje-Birnbacher
H. Kraft
B. Kröner-Herwig
J. Küchenhoff
H. Lang
G. Lempa
W. Lennerts
H. Lieb
H. Löwenberg
J. Margraf
W. Mertens
M. Neher
R. Nickel
A. von Pein
U. Prudlo
L. Reddemann
H. Reinecker
D. Revenstorf
C. Ringer
Ch. Rohde-Dachser
M. Rust
P. Scheib
B. Schmitz
G. Schüßler
P. Schuhler
J. Schumacher
R. Schwarz
J. Schwickerath
P. Seer
K. H. Seipel
W. Senf
C. Spitzer
U. Stangier
R.-D. Stieglitz
B. Strauß
U. Streeck
S. Stump
L. Teusch
B. Trenkle
I. Weigeldt
M. Wirsching
W. W. Wittmann
M. Zielke
F. T. Zimmer



Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York

Praxis der Psychotherapie



Praxis der Psychotherapie

Ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie

Herausgegeben von Wolfgang Senf und Michael Broda

Bearbeitet von

U. J. Bayen
K. W. Bilitza
D. Birnbacher
H. Böker
E. Brähler
M. Broda
P. Buchheim
R. W. Dahlbender
A. Dahm
B. Dahme
F.-W. Deneke
A. Dinger-Broda
U. T. Egle
W. Engelhardt
L. Fehm
J. Finke
G. Fischer
St. Fliegel
A. Franke
H. J. Freyberger
M. T. Gastpar
M. Geyer
B. Glier
A. Götz von Olenhusen
N. F. Gurris
G. Haag
E. Heim
St. Herpertz
G. Heuft
W. Huber
F. H. Kanfer
Th. Köhler
L. Kottje-Birnbacher
H. Kraft
B. Kröner-Herwig
J. Küchenhoff
H. Lang
G. Lempa
W. Lennerts
H. Lieb
H. Löwenberg
J. Margraf
W. Mertens
M. Neher
R. Nickel
A. von Pein
U. Prudlo
L. Reddemann
H. Reinecker
D. Revenstorf
C. Ringer
Ch. Rohde-Dachser
M. Rust
P. Scheib
B. Schmitz
G. Schüßler
P. Schuhler
J. Schumacher
R. Schwarz
J. Schwickerath
P. Seer
K. H. Seipel
W. Senf
C. Spitzer
U. Stangier
R.-D. Stieglitz
B. Strauß
U. Streeck
S. Stump
L. Teusch
B. Trenkle
I. Weigeldt
M. Wirsching
W. W. Wittmann
M. Zielke
F. T. Zimmer

65 Abbildungen
85 Tabellen



1996
Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York

Cartoons von Heiner-Kristian Alfaenger, Eschborn

Die Deutsche Bibliothek –CIP-Einheitsaufnahme

Praxis der Psychotherapie : ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie ; 85 Tabellen / hrsg. von Wolfgang Senf und Michael Broda. Bearb. von U. J. Bayen … – Stuttgart ; New York : Thieme, 1996
NE: Senf, Wolfgang [Hrsg.]; Bayen, Ute J.

Wichtiger Hinweis: Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie anbelangt. Soweit in diesem Werk eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, daß Autoren, Herausgeber und Verlag große Sorgfalt darauf verwandt haben, daß diese Angabe **dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes** entspricht.

Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. **Jeder Benutzer ist angehalten,** durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in diesem Buch abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. **Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers.** Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm etwa auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen.

Printed in Germany

Satz: Druckhaus Götz GmbH, Ludwigsburg,
gesetzt auf CCS Textline (Linotronic 630)

Druck: Appl, Wemding

Buchbinder: Großbuchbinderei Monheim GmbH, Monheim

ISBN 3-13-106091-3

1 2 3 4 5 6

Vorwort

Als sich die beiden Herausgeber vor Jahren in einer Arbeitsgruppe des „Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin" zusammensetzten und Konzepte stationärer psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Psychotherapie gegenüberstellten, war der erste Schritt auf einem Weg unternommen, der jetzt in der Fertigstellung dieses Lehrbuchs mündete. Die spannende Diskussion beleuchtete damals Aspekte der jeweiligen anderen Therapieschule, die bislang wohl versteckt hinter einer Mauer von gut gepflegten Vorurteilen blieben, und vermehrte die Erkenntnis, daß manches bei der „Gegenseite" gar nicht so anders war, nur anders benannt wurde.
Der Zufall, daß diese Begegnung am Tag vor der Öffnung der Grenze zur DDR stattfand, verstärkte sicherlich den Willen, auch Mauern zwischen Therapieschulen durchlässiger zu machen. Zunächst dominierte der Wunsch, sich genauer darüber zu informieren, was die jeweilig andere Schule bei bestimmten Problemen macht und wie sie dies theoretisch fundiert.
Psychoanalytiker stochern immer nur in der Kindheit herum und spekulieren – Verhaltenstherapeuten kurieren Symptome oberflächlich und lassen die Biographie eines Menschen außer acht. Auch wenn niemand die Vorurteile in dieser platten Form ausspricht, so sind sie unserer Überzeugung nach Bestandteil von Überzeugungssystemen vieler Therapeuten. Somit stellten wir uns die Aufgabe, zunächst transparent zu machen, was die jeweils andere Richtung nach heutigem Erkenntnisstand für Positionen vertritt. Daß ein Psychoanalytiker nur in Ausnahmefällen zu einem guten Lehrbuch über moderne Verhaltenstherapie greifen wird – und dann vieles nicht versteht –, ist ein Dilemma, das ein Verhaltenstherapeut gut nachvollziehen kann. Meist erstrecken sich seine Kenntnisse über Psychoanalyse auf ein wenig Freud (meist vor dem Studium) oder einige theoretische Ätiologiemodelle. Und verständlich sind die publizierten Fallstudien in der Regel schon aus begrifflichen Gründen nicht.
Eine weitere Mauer existiert zwischen den Berufsgruppen der Ärzte und der Psychologen. Seit die klinische Psychologie mit dem Aufkommen vor allem der Verhaltenstherapie effektive Verfahren zur psychotherapeutischen Krankenbehandlung entwickelt hat, kämpfen sie und ihre Vertreter um einen gleichberechtigten Platz im Gesundheitswesen. Manche Mediziner sehen dadurch ihre Monopolstellung in der Versorgung gefährdet, manche Psychologen erklären Mediziner in dem Feld der Behandlung psychischer Erkrankungen für überflüssig. Auch hier ist es u. E. unerläßlich, Kooperationsformen unter der gegenseitigen Achtung der jeweiligen Kompetenzen zu fördern und die Chance, die sich aus der Zusammenarbeit dieser Berufsgruppen ergibt, zu nutzen. Die Tatsache, daß als Erstherausgeber des Lehrbuchs ein psychoanalytischer Arzt fungiert, hat mit dieser Problematik nichts zu tun. Er hatte die Idee zu diesem Buch und suchte sich dafür einen psychologischen Verhaltenstherapeuten als Partner. Die Grenze zwischen den beiden großen Therapieschulen durchlässiger zu machen heißt jedoch nicht, eine Psychowelle nach dem Motto „Hauptsache, es wird etwas in Gang gesetzt" zu unterstützen. Mit diesem Buch wollen wir auch deutlich machen, daß es Standards in der Psychotherapie gibt, die erfüllt werden müssen, daß die Qualität überprüfbar sein muß und therapeutisches Vorgehen nachvollziehbar zu sein hat. Diesen Forderungen entsprechen längst nicht alle Angebote auf dem „Psychomarkt", es ist auch Intention dieses Lehrbuchs, Qualität und Mythos voneinander abzugrenzen und unterscheidbar zu machen.
In Zeiten vermehrter Diskussion um die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens droht die „sprechende Medizin", wie die Psychotherapie von Ärzten gerne genannt wird, wegen ihrer geringen Lobby, am ehesten Kürzungen unterworfen zu werden. Wenn dann noch, wie am Beispiel des Psychotherapeutengesetzes demonstrierbar, sich die Therapieschulen und Berufsgruppen untereinander die härtesten Gefechte liefern, wird es noch leichter, Psychotherapie aus der Krankenbehandlung zu drängen. Deswegen sind wir der Ansicht, daß die „Bedrohung" der Psychotherapie nicht von dem jeweils anderen Therapieverfahren kommt, sondern psychotherapeutische Verfahren insgesamt, so sie qualitativen Überprüfungen standhalten, im Gesundheitswesen als Heilmethode ihren Stand nach außen verteidigen müssen. Nicht zuletzt macht die Diskussion um die Einführung eines Selbstbeteiligungsbeitrags bei ambulanter und stationärer Psychotherapie deutlich, welchen Stellenwert manche Gesundheitspolitiker dieser Therapieform einräumen.
Im Gegensatz zu diesen Entwicklungen kann mit Befriedigung festgestellt werden, daß sich die Psychotherapie in den letzten Jahrzehnten zu einer respektierten klinischen und wissenschaftlichen Disziplin entwickelt hat, die sich für die Behandlung psychischer Erkrankungen als geeignet und wirksam erwiesen hat. Die heutige Psychotherapie gründet auf Krankheits- und Behandlungstheorien, die sich über Jahrzehnte aus der klinischen Praxis entwickelt und für die klinische Praxis bewährt haben. Dies hat eine bemerkenswerte Vielfalt von therapeutischen Möglichkeiten hervorgebracht, mit denen Krankheiten und Leidenszustände behandelt werden können, die zu früheren Zeiten als kaum behandelbar galten. Dennoch war und ist bis heute kaum eine andere Behandlungsmethodik im Gesundheitswesen einem vergleichbar hohen Legitimationsdruck ausgesetzt. Die Bedeutung von Psychotherapie in der Krankenversorgung wird gelegentlich immer noch angezweifelt, eigenartigerweise auch unter Gesichtspunkten der Wirtschaftlichkeit, obwohl feststeht, daß bei vielen Erkrankungen durch eine rechtzeitig eingeleitete Psychotherapie kostenträchtige Patienten„karrieren" und Chronifizierungen hätten vermieden werden können. Sicherlich auch als Reaktion auf diese Vorwürfe un-

terzieht sich die Psychotherapie selbst einer, mit anderen Methoden im Gesundheitswesen vergleichsweise sehr strengen, wissenschaftlichen Kontrolle und Evaluation der eigenen Praxis. Zudem ist kein anderes Therapieverfahren einer so konsequenten Qualitätssicherung unterworfen wie die Psychotherapie, wenn bedacht wird, daß keine Behandlung ohne vorherige Genehmigung durch Gutachterverfahren durchgeführt werden darf oder Qualitätssicherungsprogramme von Leistungsträgern entwickelt worden sind, die zu weitestgehender Transparenz und Überprüfbarkeit der erbrachten Therapien zwingen.

Wer auf dem Stand der neuesten Erkenntnisse Psychotherapie ausüben will, muß Wissen über und Erfahrungen mit allen in der Patientenversorgung anerkannten und angewendeten Grundverfahren und Behandlungstechniken haben sowie mit Versorgungsstrukturen vertraut sein. Dies ist unerläßlich, um zu einer fachlich korrekten Differentialindikation in der Lage zu sein und Empfehlungen für eine sachgerechte Psychotherapie geben zu können. Voraussetzung dafür ist, daß die Vertreter der verschiedenen Schulen ihre eigenen Positionen kritisch reflektieren und Vorurteile abbauen. Hier sind insbesondere diejenigen angesprochen, die als Lehrende die Inhalte der einzelnen Schulen vermitteln.

Zudem sollte jede Psychotherapeutin und jeder Psychotherapeut zumindest in einem gewissen Umfang in der Lage sein, Diagnostik und Behandlungstechniken der verschiedenen Grundverfahren selbst anzuwenden. Dies wird nicht nur in den neuen ärztlichen und psychologischen Weiterbildungsverordnungen gefordert, sondern sollte zum Selbstverständnis psychotherapeutischer Berufsidentität gehören.

Dieses Lehrbuch stellt die psychoanalytischen und verhaltenstherapeutischen Grundverfahren und Behandlungstechniken einander gegenüber und bietet somit erstmals die Möglichkeit, sich systematisch, fundiert, objektiv und gleichzeitig praxisbezogen vom Überblick bis ins Detail über die gegenwärtige psychotherapeutische Praxis zu informieren. Dabei werden auch die Verfahren vorgestellt, die zur Zeit nicht zu den anerkannten Verfahren zu rechnen sind.

Geschrieben ist das Lehrbuch für alle, die an Psychotherapie interessiert sind:

- Für den Anfänger, der sich eingehend über die Psychotherapie und die Ausbildung orientieren und einen ersten Einstieg finden möchte.
- Für den Lernenden, der alles, was er in der Aus- und Weiterbildung braucht, in diesem Buch finden kann.
- Für den Lehrenden, der alle Ausbildungsinhalte von anerkannten Experten kurz und übersichtlich dargestellt vorfindet.
- Für den Professionellen, der es wagen möchte, einen Blick über den Zaun seiner eigenen psychotherapeutischen Praxis zu werfen oder zu überprüfen, ob eigene Behandlungsstrategien noch dem heutigen Wissensstand entsprechen.
- Für die interessierte Öffentlichkeit (Gesundheitsbehörden, Kostenträger, Politiker), die sich in diesem Buch einen differenzierten und objektiven Überblick verschaffen kann.

Mit diesem Buch wollen wir dazu beitragen, daß die Überzeugung wächst, nur durch das Kennenlernen anderer Sichtund Vorgehensweisen sich auch aufeinander zu bewegen zu können. Damit setzen wir auf Kooperation zwischen den Schulen statt auf Konfrontation. Für die weitere Entwicklung ist es aus unserer Sicht unerläßlich, sich auf gemeinsame Definitionen des Gegenstands zu verständigen und erprobtes und evaluiertes Wissen auch anderer Schulen zu integrieren. Dies soll nicht mißverstanden werden in Richtung eines unreflektierten Eklektizismus oder Integratismus – es werden nach wie vor auch große Unterschiede zwischen den Verfahren bestehen bleiben. Verschiedene Berufsgruppen müssen auch weiterhin eindeutig unterscheidbar bleiben und die Möglichkeit beibehalten, ihre Ausbildungs- und Anwendungsschwerpunkte nach ihrer persönlichen Entscheidung festzulegen. Die Grundlage für die Entscheidung soll jedoch mit diesem Lehrbuch rationaler gefällt werden können.

Psychotherapie lebt vom gegenseitigen Ideenaustausch. Wir hoffen, daß das Buch die Vertreter verschiedener Schulen vermehrt zu gegenseitigem Austausch anregt und ermutigt.

Wir haben der Grundidee dieses Buchvorhabens entsprechend viele Kollegen und Freunde, Psychoanalytiker und Verhaltenstherapeuten, Ärzte und Psychologen gebeten, zu unserem Projekt einen Beitrag beizusteuern. Somit konnten wir die verschiedenen Schulen und die verschiedenen Berufsgruppen gleichberechtigt zu Wort kommen lassen und ein Überwiegen einer theoretischen Auffassung oder einer berufspolitischen Position weitestgehend vermeiden.

Das Vorwort ist auch der Ort des Dankes.

Großer Dank gebührt an erster Stelle den Autorinnen und Autoren, die wir als Experten für ihr jeweiliges Thema für dieses Projekt gewinnen und auch begeistern konnten. Sie haben alle in ihrer knapp bemessenen Zeit hervorragende und komprimierte Arbeiten beigesteuert. Wir denken, daß sie damit Vorreiter einer zukunftsorientierten Entwicklung der Psychotherapie sind. Wir möchten an dieser Stelle auch nicht verschweigen, daß wir bei manchen Kollegen mit unserem Konzept auf große Skepsis und Ablehnung gestoßen sind.

Herzlichen Dank sagen wir Herrn Dr. med. Thomas Scherb vom Georg Thieme Verlag. Er hat das Projekt mit innerer Verbundenheit, Geduld und Anregungen gefördert und begleitet und uns zum jeweils rechten Zeitpunkt kritisch ermutigt.

Essen/Berus im Sommer 96

Wolfgang Senf
Michael Broda

P.S. Wir wissen, daß wir in einem Gebiet arbeiten, in dem die meisten Patienten Patientinnen und die meisten Therapeuten Therapeutinnen sind. Auch in diesem Buch konnten wir das Problem der doppelten beidgeschlechtlichen Formulierung nicht lösen. Der Verlag wollte nur die männliche Form, wir haben es dann letztendlich den Autoren und Autorinnen überlassen, ohne eine einheitliche Vorgabe aufzustellen, wie sie ihre Formulierungen wählen.

Anschriften

U. J. Bayen Ph.D.
Assistant Professor of Psychology
University of Memphis
Memphis, Tennessee 38152
USA

Dr. phil. Dipl.-Psych. Klaus W. Bilitza
Grabenstr. 93
47057 Duisburg

Professor Dr. phil. Dieter Birnbacher
Heinrich-Heine-Universität
Philosophische Fakultät
40225 Düsseldorf

Dr. med. Heinz Böker
Zentrum der Psychiatrie
Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik
der J. W. Goethe-Universität
Theodor-Stern-Kai 7
60596 Frankfurt

Professor Dr. rer. biol. hum. habil. Elmar Brähler
Universität Leipzig
Abt. Medizinische Psychologie
und Medizinische Soziologie
Liebigstr. 21
04103 Leipzig

Dr. phil. Dipl.-Psych. Michael Broda
Klinik Berus
Zentrum für Psychosomatik und Verhaltensmedizin
Orannastr. 55
66802 Berus

Professor Dr. med. Peter Buchheim
Institut und Poliklinik für
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
der Technischen Universität
Klinikum rechts der Isar
Langerstr. 3
81675 München

Dr. med. Reiner W. Dahlbender
Abt. Psychotherapie
Universität Ulm – Klinikum
Am Hochsträß 8
89081 Ulm

Dr. med. A. Dahm
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Str. 3
50931 Köln

Professor Dr. phil. Dipl.-Psych. Bernd Dahme
Psychologisches Institut III
Universität Hamburg
Von-Melle-Park 5
20146 Hamburg

Professor Dr. med. Friedrich-Wilhelm Deneke
Universitäts-Krankenhaus Eppendorf
Abt. Psychosomatik
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Dr. phil. Dipl.-Psych. Andrea Dinger-Broda
Klinik Berus
Zentrum für Psychosomatik und Verhaltensmedizin
Orannastr. 55
66802 Überherrn-Berus

Professor Dr. med. Ulrich T. Egle
Klinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie der Universität
Langenbeckstr. 1
55131 Mainz

Dr. med. Wolfgang Engelhardt
Am Wald 53
66802 Überherrn

Dipl.-Psych. Lydia Fehm
Christoph-Dornier Stiftung für Klinische Psychologie
Institut Dresden an der Technischen Universität
Hohe Str. 53
01187 Dresden

Dr. med. Jobst Finke
Klinik für Allgemeine Psychiatrie
Universitäts-Klinikum Essen
Virchowstr. 174
45147 Essen

Professor Dr. med. Gottfried Fischer
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Universität Köln
Zülpicher Str. 45
50923 Köln

Dr. phil. Dipl.-Psych. Steffen Fliegel
Ruhr-Universität Bochum
Zentrum für Psychotherapie
44789 Bochum

Professor Dr. phil. Dipl.-Psych. Alexa Franke
Universität Dortmund
Fb 13: Klinische Psychologie und Psychosomatik
Postfach 50 05 00
44221 Dortmund

Priv.-Doz. Dr. med. Harald J. Freyberger
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
und Psychotherapie der Universität
Sigmund-Freud-Str. 25
53105 Bonn

Professor Dr. med. Markus Theodor Gastpar
Klinik für Allgemeine Psychiatrie
Rheinische Landes- und Hochschulklinik
Virchowstr. 174
45147 Essen

Professor Dr. med. Michael Geyer
Klinik für Psychotherapie und
Psychosomatische Medizin der Universität
Karl-Tauchnitz-Str. 25
04107 Leipzig

Dr. phil. Dipl.-Psych. Barbara Glier
Fachklinik Hochsauerland
Leitende Psychologin
Zu den drei Buchen 2
57392 Schmallenberg

Albrecht Götz von Olenhusen
Rechtsanwalt
Lessingstr. 2
79100 Freiburg

Dipl.-Psych. Norbert F. Gurris
Behandlungszentrum für Folteropfer
Haus 14
Spandauer Damm 130
14050 Berlin

Professor Dr. med. Dipl.-Psych. Gunther Haag
Elztal Klinik
Pfauenstr. 6
79215 Elzach-Oberprechtal

Professor Dr. med. Edgar Heim
Tannackerstr. 3
CH-3653 Oberhofen

Dr. med. Stephan Herpertz
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Virchowstr. 174
45147 Essen

Privatdozent Dr. med. Gereon Heuft
LOA Klinik für Psychotherapie
Rheinische Landes- und Hochschulklinik
Virchowstr. 174
45147 Essen

Professor Dr. phil. Dipl.-Psych. Winfried Huber
Ferme de l'Abbaye
28 rue de la Soile
B-5380 Hemptinne

Professor Frederick H. Kanfer, Ph. D.
Department of Psychology
University of Minnesota
75 East River Rd.
Minneapolis MN 55455
USA

Priv.-Doz. Dr. phil. Dr. med. Thomas Köhler
Universität Hamburg
Psychologisches Institut III
Von-Melle-Park 5
20146 Hamburg

Dr. phil. Dipl.-Psych. Leonore Kottje-Birnbacher
Düsseldorfer Str. 55
40545 Düsseldorf

Dr. med. Hartmut Kraft
An der Ronne 196
50859 Köln

Professor Dr. phil. Dipl.-Psych. Birgit Kröner-Herwig
Georg-August-Universität Göttingen
Klinische Psychologie
Goßlerstr. 14
37073 Göttingen

Professor Dr. med. Joachim Küchenhoff
Abt. Psychotherapie und Psychohygiene
Sozienstr. 55a
CH-4051 Basel

Professor Dr. med. Dr. phil. Hermann Lang
Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg
Klinikstr. 3
97070 Würzburg

Dr. phil. Dipl.-Psych. Günter Lempa
Zentrum der Psychiatrie
Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik
Heinrich-Hoffmann-Str. 10
60528 Frankfurt

Dr. med. Wolfgang Lennerts
Psychosomatische Fachklinik Windach
Schützenstr. 16
86949 Windach/Ammersee

Dr. phil. Dipl.-Psych. Hans Lieb
Psychotherapeutische Praxis
Luitpoldstr. 3–9
67480 Edenkoben

Hagen Löwenberg
Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik
Rheinische Landes- und Hochschulklinik Essen
Virchowstr. 174
45147 Essen

Professor Dr. Dipl.-Psych. Jürgen Margraf
Technische Universität Dresden
Klinische Psychologie und Psychotherapie
01062 Dresden

Professor Dr. phil. Dipl.-Psych. Wolfgang Mertens
Psychologisches Institut der Universität
Abt. Klinische Psychologie
Leopoldstr. 13
80802 München

Dr. phil. Dipl.-Psych. Martin Neher
PVT Praxisgemeinschaft Klinische Verhaltenstherapie
Marktplatz 9
79539 Lörrach

Dr. med. Ralf Nickel
Klinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie der Universität
Langenbeckstr. 1
55131 Mainz

Dr. med. Andreas von Pein
Psychosomatische Fachklinik
Kurbrunnenstr. 12
67098 Bad Dürkheim

Dipl.-Psych. Uwe Prudlo
Milton H. Erickson Institut
Bahnhofstr. 4
78628 Rottweil

Dr. med. Luise Reddemann
Klinik für Psychotherapeutische Medizin
Graf-von-Galen-Str. 56/58
33619 Bielefeld

Professor Dr. phil. Dipl.-Psych. Hans Reinecker
Lehrstuhl für Klinische Psychologie
der Universität Bamberg
Markusplatz 3
96045 Bamberg

Professor Dr. phil. Dipl.-Psych. Dirk Revenstorf
Psychologisches Institut
Abt. Klinische und Physiologische Psychologie
Gartenstr. 29
72074 Tübingen

Dr. med. Christoph Ringer
CH-3206 Gammen

Professor Dr. rer. hum. biol. habil. Christa Rohde-Dachser
Institut für Psychoanalyse
Fachbereich Psychologie der Universität
Senckenberganlage 15
60054 Frankfurt

Dr. med. Manfred Rust
Siftung Tannenhof
Remscheider Str. 76
42899 Remscheid

Dipl.-Psych. Peter Scheib
Universität Freiburg
Abt. Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin
Hauptstr. 8
79104 Freiburg

Priv.-Doz. Dr. rer. soc. Dipl.-Psych. Bernt Schmitz
Psychosomatische Fachklinik
Kurbrunnenstr. 12
67098 Bad Dürkheim

Professor Dr. med. Gerhard Schüßler
Universitäts-Klinik für Medizinische
Psychologie und Psychotherapie
Sonnenburgstr. 9
A-6020 Innsbruck

Dr. phil. Dipl.-Psych. Petra Schuhler
Fachklinik Münchwies
Turmstr. 50–58
66540 Neunkirchen-Münchwies

Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Jörg Schumacher
Universität Leipzig
Abt. Medizinische Psychologie
und Medizinische Soziologie
Liebigstr. 21
04103 Leipzig

Priv.-Doz. Dr. med. Reinhold Schwarz
Chirurgische Universitäts-Klinik
Psychosoziale Nachsorgeeinrichtung
Im Neuenheimer Feld 155
69120 Heidelberg

Dipl.-Psych. Josef Schwickerath
Klinik Berus
Zentrum für Psychosomatik und Verhaltensmedizin
Orannastr. 55
66802 Überherrn-Berus

Dr. phil. Dipl.-Psych. Peter Seer
Theresienklinik
Rehab. und Präv. Sozialmedizin
Herbert-Hellmann-Allee 11
79188 Bad Krozingen

Dipl.-Psych. Dipl.-Päd. K. H. Seipel
Friedrich-Ebert-Str. 29
34117 Kassel

Professor Dr. med. Wolfgang Senf
Klinik für Psychotherapie
und Psychosomatik
Rheinische Landes- und Hochschulklinik
Universitätsklinikum
Virchowstr. 174
45147 Essen

Dr. med. Carsten Spitzer
Klinik für Neurologie der Universität
Ellernholzstr. 1–2
17487 Greifswald

Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Ulrich Stangier
Psychologisches Institut
Universität Frankfurt
Robert-Mayer-Str. 1
60054 Frankfurt

Dr. rer. nat. Rolf-Dieter Stieglitz
Abt. Allgemeine Psychiatrie mit Poliklinik
der Albert-Ludwigs-Universität
Hauptstr. 5
79104 Freiburg

Priv.-Doz. Dr. phil. Dipl.-Psych. Bernhard Strauß
Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik
Universitätklinik
Niemannsweg 147
24105 Kiel

Professor Dr. med. Ulrich Streeck
Tiefenbrunn-Krankenhaus für Psychotherapie,
Psychiatrie und psychosomatische Medizin
des Landes Niedersachsen
37124 Rosdorf bei Göttingen

Dr. phil. Dipl.-Psych. Silvia Stump
PVT Praxisgemeinschaft Klinische Verhaltenstherapie
Marktplatz 9
79539 Lörrach

Dr. med. Dipl.-Psych. Ludwig Teusch
Klinik für Allgemeine Psychiatrie
Universitätsklinikum Essen
Virchowstr. 174
45147 Essen

Dipl.-Psych. Bernhard Trenkle
Milton H. Erickson Institut
Bahnhofstr. 4
78628 Rottweil

Dr. med. Ina Weigeldt
Kurfürstenallee 110
28211 Bremen

Professor Dr. med. Michael Wirsching
Ärztlicher Direktor der Abteilung für Psychosomatik und
Psychotherapeutische Medizin der Universität Freiburg
Hauptstr. 8
79104 Freiburg

Professor Dr. phil. Dipl.-Psych. Werner W. Wittmann
Lehrstuhl Psychologie II
Universität Mannheim
Schloß Ehrenhof Ost
68131 Mannheim

Priv.-Doz. Dr. phil. Dipl.-Psych. Manfred Zielke
Lange Koppel 10
24248 Mönckeberg

Dr. phil. Dipl.-Psych. Friederike T. Zimmer
Tübinger Akademie für Verhaltenstherapie
Waldhäuserstr. 48
72076 Tübingen

Inhaltsverzeichnis

I Was ist Psychotherapie?

II Diagnostik

III Psychoanalytische Psychotherapie

IV Verhaltenstherapie

V Weitere Psychotherapieverfahren

VI Integrative Therapieansätze

VII Psychobiologische Grundlagen und Pharmakotherapie in der Psychotherapie

VIII Praktische Hinweise

IX Krankheitsbilder: Wie werden sie behandelt?

X Rahmenbedingungen der Berufspraxis

XI Wie hilft Psychotherapie?

46. Grenzverletzungen: Folter und sexuelle Traumatisierung

G. Fischer und N. F. Gurris

Bei der Erforschung und Behandlung extremer psychischer Belastungssituationen im Rahmen der psychologischen Traumatologie ist seit etwa 10 Jahren in den USA und seit einiger Zeit auch in Deutschland eine faszinierende Kooperation, bisweilen sogar Konvergenz psychodynamischer und verhaltenstheoretischer Ansätze zu beobachten. Als Beispiel aus der Literatur kann etwa das „International Handbook of Traumatic Stress Syndromes" von Wilson u. Raphael (1993) genannt werden. Hier sind psychodynamische wie behaviorale Beiträge in annähernd gleicher Zahl vertreten. Zudem sind die meisten Autoren, auch wenn sie primär vom einen oder anderen Ansatz ausgehen, um eine Integration von dynamischen und behavioralen Konzepten bemüht. Ein weiteres interessantes Beispiel für eine sich anbahnende Methodenintegration ist der Band von Wilson u. Lindy (1994) „Countertransference in the Treatment of PTSD". Darin berichten Therapeuten und Forscher aus verschiedenen Therapierichtungen über typische Gegenübertragungsreaktionen bei Traumaopfern unterschiedlicher Genese.

Gegenübertragung ist primär ein psychoanalytisches Konzept. Patienten übertragen unbewußt zentrale unbewältigte Beziehungsmuster auf den Therapeuten und beziehen diesen in das unbewußte Rollenangebot ein. Dieser Vorgang entwickelt bei Traumaopfern eine so massive Dynamik, daß das Verständnis der eigenen Gegenübertragungsreaktionen und der adäquate Umgang mit ihnen mittlerweile in sehr unterschiedlichen Therapiekonzepten als zentral für die Therapie wie auch die Psychohygiene des Therapeuten betrachtet wird. Auch Verhaltenstherapeuten, die in diesem Zusammenhang von „Klientenverhalten" und „reziprokem Therapeutenverhalten" sprechen, widmen diesen therapeutisch bedeutsamen Prozessen umfangreiche Interventionsstrategien (Safran u. Segal 1990, Mollica u. Caspi-Yavin 1992), die im wesentlichen den kooperativen und offengelegten Austausch dieser Phänomene zwischen Therapeut und Klient beinhalten durch Feedback, „Sokratischen Dialog" und „going public with the data" (Meichenbaum 1994), d.h. Therapeuten teilen den Klienten analoge und digitale Verhaltensbeobachtungen in angemessener Form mit, gleichen diese mit den Klienten ab und ermutigen, neue Sichtweisen und Bewältigungsfertigkeiten zu entwickeln.

Eine weitere gemeinsame Ausgangsbasis von Psychoanalyse und Verhaltenstherapie ist bei Traumapatienten die Notwendigkeit, zu Therapiebeginn und vor allen weiterreichenden Interventionen die Fähigkeit des Patienten zur Selbstberuhigung und Selbstdesensitivierung zu stärken. Auch die meisten psychoanalytisch vorgebildeten Therapeuten, die in der Traumatherapie tätig sind, verwenden Entspannungsverfahren, um Patienten zu stärken, wenn sie unter den intrusiven Symptomen der psychotraumatischen Belastungsreaktionen leiden, wie Alpträumen, sich aufdrängenden Erinnerungsbildern oder dissoziiertem Wiedererleben der traumatischen Situation. Die Verhaltenstherapie hat, ausgehend von der Progressiven Muskelentspannung nach Jacobsen, eine Vielfalt von Verfahren entwickelt, die sich den Bedürfnissen von Patienten mit unterschiedlichen traumatischen Erfahrungen anpassen lassen (Bernstein u. Borkovec 1990, Lazarus u. Mayne 1990, Wendlandt 1992, Margraf u. Schneider 1990). Sie reichen bis hin zu hypnotherapeutischen Ansätzen (Spiegel u. Cardena 1990, Dolan 1991), die seit einigen Jahren von vielen Verhaltenstherapeuten aufgenommen werden. Diese Verfahren sind zugleich Grundlagen für z.B. kognitiv-behaviorale Behandlungen von Ängsten, Panikzuständen, Phobien, Zwängen und psychosomatischen Schmerzzuständen, unter denen viele Traumapatienten leiden.

Trotz sich abzeichnender Ergänzungen zwischen psychodynamischen und behavioralen Verfahren zeichnen sich diese beiden Ansätze doch durch divergente Basisstrategien der Therapieführung, durch entgegengesetzte Therapiestile aus. Das macht einen Vergleich beider Vorgehensweisen für die Praxis so interessant.

Verhaltenstherapeuten tendieren dazu, den Therapieplan als Folge aufeinander abgestimmter Handlungseinheiten (bisweilen eklektisch oder „multimodal", s. A. Lazarus 1981) und kognitiver Umstrukturierungsprozesse zu entwerfen. Während Methoden der Beziehungsklärung eher begleitend zur Unterstützung des Therapieplans eingesetzt werden, werden Klienten in der kognitiven Verhaltenstherapie im „Sokratischen Dialog" aktiv dazu angeregt, bisherige Annahmen, Glaubensgrundsätze und Attributionen zu überprüfen und in für sie angemessener Weise zu verändern. Die Therapeutenhaltung ist einfühlend empathisch bis direktiv-konfrontierend.

Primäre Ziele des psychodynamischen Therapiestils sind die erweiterte Selbstexploration und Beziehungsklärung sowie die Einsicht auch in die unbewußten Aspekte der Therapeut-Klient-Beziehung. Je intensiver sich der Austausch zwischen beiden Verfahren gestaltet – dies möglichst bezogen auf bestimmte „Domänen" der Forschung und Praxis, wie etwa die Psychotraumatologie –, desto mehr erfahren wir über gemeinsame Wirkungsmuster, aber auch über die differentielle bzw. adaptive Indikation beider Therapieformen.

Wird psychische Traumatisierung von Menschen herbeigeführt, möglicherweise sogar planmäßig und absichtsvoll wie in der Folter oder bei Vergewaltigung, so können wir solche „Man-made"-Desaster als übelste Form und möglicherweise sogar als Prototyp absichtsvoller Grenzverletzungen betrachten. Das betroffene Individuum gerät durch sie in eine Situation von extremer Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein, die über kurz oder lang dazu führt, daß wichtige psychische, kognitive oder behaviorale Funktionen zusammenbrechen. Die folgende **Definition des psychischen Traumas** enthält einige Gesichtspunkte, die sowohl aus psychodynamischer wie verhaltenstheoretischer Sicht von Bedeutung sind:

Psychisches Trauma ist ein „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von **Hilflosigkeit** und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte **Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis** bewirkt (Fischer u. Riedesser 1996, Fischer, Gurris, Pross u. Riedesser 1995).

Die Erschütterung des Selbstverständnisses äußert sich oft in den unbegründeten Selbstanklagen, z.B. angesichts der überwältigenden Bedrohung, „versagt" zu haben. Die Wiederherstellung des erschütterten Weltverständnisses, der „shattered assumptions" (Janoff-Bulman 1992), kann oft Jahre in Anspruch nehmen. Diese Traumafolge der Erschütterung kognitiv-emotionaler Annahmen eines Menschen über sich und die Welt ist ein gutes Beispiel für ein sich anbahnendes integratives, behaviorales wie psychodynamisches Traumaverständnis. Janoff-Bulman, die mit einem sozialkognitiven Ansatz arbeitet, führt hierin Überlegungen von Mardi Horowitz, einem Psychoanalytiker und Kognitionsforscher fort, der Trauma als Zusammenbruch der Informationsverarbeitungskapazität des Organismus definiert und in der allmählichen Integration der traumatischen Erfahrung in die kognitiv-emotionalen Schemata der Person die wesentliche Möglichkeit sieht, Traumen zu verarbeiten. Unter Bezugnahme auf die Horowitz-Traumatheorie betrachtet auch Janoff-Bulman die Wiederherstellung (rebuilding) der „shattered assumptions" als zentralen Vorgang gelingender Traumaverarbeitung.

„Hilflosigkeit" als Folge des Traumas, aktuell wie auch dauerhaft, ist ebenfalls ein verbindendes Konzept zwischen verhaltenstheoretischer und psychoanalytischer Sichtweise. Seligmans Theorie der gelernten Hilflosigkeit (1992) und seine Gesichtspunkte zur Überwindung dieses Zustands wurden zwar nicht explizit im Rahmen der Traumaforschung formuliert, sie können jedoch wichtige Anregungen zur Therapieplanung geben und haben vieles gemeinsam mit „ich-stützenden" und „ich-stärkenden" Techniken, wie sie von der psychoanalytischen Ich-Psychologie entwickelt wurden.

Auch auf die Definition von Trauma als einem relativen Phänomen, das aus der Diskrepanz zwischen bedrohlichen objektiven Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten erwächst, können Psychoanalyse und Verhaltenstherapie sich mittlerweile einigen. R. Lazarus (1981) hat mit seiner „transaktionalen" Sichtweise von Streßphänomenen dieses Konzept im behavioralen Ansatz formuliert. Die Psychoanalyse erforscht zwar stärker die Erlebnisseite bei seelischen Verletzungen, betont jedoch auch seit Freuds frühester Traumadefinition die Wirkung des traumatischen „Stressors" als Reizüberflutung durch „unphysiologische" Umweltfaktoren.

Im folgenden werden wir am Beispiel von Folter einen behavioralen Verständniszugang und Interventionsmethoden aufzeigen, am Beispiel der sexuellen Traumatisierung den psychoanalytischen Gesichtspunkt der psychischen „Grenzverletzung", die Verformung der Grenzen zwischen Selbst und Anderen, wie er in der Tradition der „Objektbeziehungstheorie" und der „Selbstpsychologie" vertreten wird. Wir wollen also keine vollkommene Integration von dynamischer und behavioraler Sichtweise demonstrieren, jedoch Anregungen geben, wie von beiden Seiten her die sachlich nicht immer begründete Dichotomie zwischen den unterschiedlichen Ausgangspositionen überwunden werden kann.

Extremeinwirkung auf den Organismus: Folter und Folterfolgen aus behavioraler Sicht

Konditionierungsmodelle

Zum Verständnis der Extremtraumatisierung durch Folter, Erfahrungen, die nach der Definition des DSM sicher weit außerhalb der üblichen Bereiche menschlichen Erlebens liegen, greift der verhaltenstheoretische Ansatz zurück auf die klassischen Lerntheorien von Pawlow und Skinner. Aus der Sicht heutiger Praxis können zwischen den beiden bekanntesten Modellen, dem der **respondenten** Konditionierung nach Pawlow und dem der **instrumentellen (operanten) Konditionierung** nach Skinner keine eindeutigen Unterscheidungen getroffen werden. Sie scheinen miteinander zu interagieren. Gleichwohl können beide Modelle in ihrer Verschränkung miteinander grundlegende Konditionierungsprozesse bei Traumatisierung durch Folter erhellen und als Hintergrund für Verhaltensanalyse und Entwicklung verhaltenstherapeutischen Vorgehens dienen.

Respondente Konditionierung B-Typ

Bei der Pawlow-Typ-B-Konditionierung sind die unkonditionierten Stimuli (UCS) aversive Ereignisse. Die extrem aversiven Einwirkungen durch Folter lösen sehr heftige unkonditionierte Reaktionen aus (z.B. unerträglicher Schmerz, Todesangst, Hyperarousal). Der Konditionierungsprozeß setzt ein durch Assoziation der UCS mit zuvor neutralen Stimuli, die während der traumatischen Situation bzw. des traumatischen Verlaufs anwesend waren. Diese Stimulusmuster werden damit zu einer Klasse von konditionierten Stimuli (CS), die konditionierte Reaktionen (CR) auslösen. Flor (1991) weist darauf hin, daß die CR den UCR hinsichtlich Intensität und Dauer sehr ähnlich sind und daß die Heftigkeit der UCR die Persistenz der Typ-B-Konditionierungen begründen. Typ-B-CRs erweisen sich als besonders extinktionsresistent und machen so das Andauern von **Vermeidungsreaktionen** wahrscheinlich. Bei aversiven Reizsituationen besteht außerdem eine hohe Wahrscheinlichkeit für Reizgeneralisierungen: Ähnliche Reize gewinnen Signalfunktion und können als cues die gesamte traumatische Verhaltenskette auslösen. Damit werden Flucht- und Vermeidungsverhalten aufrechterhalten.

Instrumentelle Verstärkung (operantes Lernen)

Die im respondenten Prozeß konditionierten emotionalen Reaktionen (CR) besitzen zugleich innere Stimuluseigenschaften für den Organismus. Sie können Klassen operanter Reaktionen hervorrufen, die im wesentlichen durch die kontingenten Konsequenzen (C+ oder C-) in ihrer Auftretenswahrscheinlichkeit gesteuert werden. Im Falle der extrem aversiven Traumasituation (Folter) wird eine konditionierte emotionale Angst-/Furchtsituation ausgelöst, die zum verdeckten (im Organismus) Auslöser für eine Klasse von Flucht- und Vermeidungsreaktionen wird. Die Aufrechterhaltung dieser Reaktionen erfolgt durch **negative Verstärkung** (₵), d.h. sie erhalten Persistenz durch die Beendigung

bzw. den Wegfall (wenn auch nur kurzfristig) der konditionierten aversiven Situation/Reaktion. Durch diese Verschränkung des Konditionierens in sehr schmerzhaften Situationen und der folgenden negativen Verstärkung von Vermeidungsreaktionen entstehen sehr löschungsresistente Verhaltensketten und -muster, die als eine Erklärungsgrundlage für oft Jahrzehnte überdauernde posttraumatische Belastungsreaktionen gefolterter Menschen dienen mag.

Kognitiv-behaviorale Verhaltensmodelle

Ebenso wenig wie die klassischen Lern- und Verhaltensmodelle klar voneinander unterscheidbare Konzepte hervorgebracht haben, gibt es *die* kognitive Lern- und Verhaltenstheorie.

Auf Tolman (1932) zurückgehend faßt Reinecker Lernen als Bildung von **Erwartungsmustern** zusammen. Dabei interagieren „...biologische Prädispositionen und kognitive Prozesse der Wahrnehmung, der Bildung von Regeln und der Schaffung sinnvoller Assoziationen ... Als wichtige Elemente einer kognitiven Lerntheorie werden ausschließlich Prozesse des Gedächtnisses, der Bildung von Symbolen, die Fähigkeit zum Aufstellen von Regeln und Mechanismen kognitiver Transformationen angesehen" (1994, S. 200).

Erfahrungen wie grausame Mißhandlungen und Folterungen können von Menschen gewöhnlich nicht in bestehende kognitive Muster integriert werden. D.h., daß der Sinngehalt der Ereignisse nicht verarbeitet werden kann und daß das Opfer hinsichtlich seines psychischen Bewältigungsvermögens überfordert ist. Solche fundamentalen Sinnveränderungen lassen klassische Konditionierungsmodelle als unzureichend erscheinen und erfordern nach Koss u. Harvey (1991) eine semantische Theorie. Die Folterereignisse rufen Streßreaktionen hervor mit extremen physiologischen Erregungszuständen (arousal), die dadurch verstärkt werden, daß kognitive Prozesse desorganisiert und Grundannahmen über das Selbst und die Welt bedroht und zerstört werden. Solche Grundannahmen beinhalten nach Janoff-Bulman (1985):

- Persönliche Sicherheit, Integrität, Selbstwert und Unverletzbarkeit.
- Ein Verständnis der Welt als geordnet und sinnvoll.
- Die Einschätzung von anderen Menschen als hilfreich und gut.

Werden diese Grundannahmen verletzt oder zerstört, ist die mißglückte, notdürftige „Rekonstruktion" des Selbst gewöhnlich negativer Art: Das Opfer erlebt sich als hilflos, ineffektiv und wertlos. Es tendiert dazu, sich selbst Schuld an den Ereignissen zuzuschreiben und Affekte gegen sich selbst zu richten.

Da systematische Folter unentrinnbar und unvorhersagbar gestaltet wird, ist es unmöglich für die Opfer, Stressoren und Streßreaktionen angemessen zu kontrollieren (coping). Seligmans Konzept der erlernten Hilflosigkeit, das zu einer der Grundlagen kognitiver Therapie von Depressionen geworden ist (Beck u. Mitarb. 1992) ist auch auf gefolterte Klienten übertragbar.

Foa u. Mitarb. (1989) nehmen mit dem kognitiven Konzept der **Angststrukturen** an, daß infolge Extremtraumatisierung solche Angststrukturen entstehen, die die gesamte Persönlichkeit beherrschen. So kann die Stimulierung von Teilen der Angststruktur die gesamte Angststruktur aktivieren, welche dann mit einhergehenden starken physiologischen Reaktionen die Verarbeitung von Informationen blockieren.

So können gefolterte Menschen Widerspruchsevidenzen oft nicht einmal wahrnehmen. Ist z.B. infolge der Traumatisierung ein kognitives Schema mit **Beliefs** entstanden über die grundsätzlich schlechte Natur der Menschen, so kann sich dieses nicht ändern, da das Individuum Situationen nicht wahrnimmt oder erinnert, in denen Menschen freundlich und hilfreich sind oder waren. Die Expansion der traumatischen beliefs kann sogar alle prätraumatischen Lebensphasen negativ umdeuten (Gurris 1993), z.B., indem das ganze Leben als schlecht und wertlos gedeutet wird. Positive Ressourcen als Bewältigungsgrundlage werden so verschüttet.

Durch Zufügen unerträglicher Schmerzen und systematischer Verwirrpraktiken können Folteropfer sogar die Realitätskonstruktion ihrer Peiniger übernehmen und in eine tragische Bindungsabhängigkeit geraten (Identifikation mit dem Aggressor in der Psychoanalyse). Dieses Entstehen einer **traumatischen Bindung** folgt aus dem verzweifelten Bedürfnis, überwältigenden Streß und Arousal zu vermindern und eine Art von Kontrolle, Sinn und Ordnung wiederzugewinnen. Bei andauernden Traumatisierungen durch Folter entsteht in lebensbedrohenden Streß- und Gefahrensituationen ein gesteigertes Bedürfnis nach Fürsorge, Schutz, Bewältigungshilfe und Sinngebung (Gurris 1993), um Arousal und Affekte zu regulieren. Schlimmstenfalls ist es dann nur der Folterer, der dieses Bedürfnis befriedigen kann. Die Unmöglichkeit, sich während und nach der traumatischen Situation an vertraute Menschen zu wenden, bedeutet den Verlust der wichtigsten Bewältigungsfähigkeiten, die Menschen zur Verfügung haben.

Verhaltenstherapeutische Konzepte

Obwohl der kognitiv-behaviorale Ansatz keinen expliziten Grenzbegriff formuliert, strebt er doch auch in der Therapie mit Traumaüberlebenden die Rekonstruktion von verletzten und zerstörten Grenzen der Persönlichkeit an durch Hilfe zur angemessen adaptiven Integration des Erlebten in die kognitiven Schemata des Selbst, unter Berücksichtigung der neurovegetativen, behavioralen und kognitiven Aspekte der Traumatisierung und deren Folgen. Angesichts der Vielfalt langanhaltender und sehr löschungsresistenter posttraumatischer und exilbedingter Belastungen der Folterüberlebenden werden in der kognitiv-behavioralen Therapie multimodale Konzepte, Methoden und Techniken in integrativer Weise verbunden (Meichenbaum 1994). Auch Ansätze anderer „Schulen", wie Aspekte des Psychodrama, der Systemischen Therapie (Trepper u. Barrett 1989) oder der Hypnotherapie, können sinnvoll integriert werden. Im Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin wurden in einem Fall psychoanalytische und verhaltenstherapeutische Vorgehensweisen durch zwei Therapeuten realisiert (Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin 1994).

Auch in der kognitiv-behavioralen Therapie ist zu beachten, daß schon allein das therapeutische Setting Retraumatisierungen bei den Klienten hervorrufen kann. Es kann Fragmente von Verhör- und Foltersituationen wachrufen.

Die Extremerfahrungen gefolterter Menschen können auch bei Therapeuten Angst- und Vermeidungsreaktionen auslösen, die wiederum bei den Klienten zur Annahme führen können, ihnen werde nicht geglaubt, sie könnten ihr Schicksal dem Therapeuten nicht zumuten oder der Therapeut bestätige das negative Selbstbild von Selbstablehnung und Zuschreibung von eigenem Versagen und Schuld. Auch Verhaltenstherapeuten stehen in der Pflicht, bei gefolterten Klienten sorg-

sam und authentisch mit Grenzen umzugehen (Hawellek 1992) und z. B. auch nicht überprotektiv auf Klienten zu reagieren, die überwältigende Unmenschlichkeit erfahren haben.
Die Verhaltenstherapie zielt auf die Ausbildung von **Selbstmanagement** (Kanfer u. Mitarb. 1991) und Bewältigungsfertigkeiten. Der therapeutische Prozeß beinhaltet angemessene rationale und psychoedukative Informationen. So werden z. B. die gefolterten Klienten in verständlicher angemessener Sprache über die Wirkzusammenhänge ihrer körperlichen und psychischen Belastungen informiert, ihre Symptome werden als zunächst sinnvolle und protektive Bewältigungsversuche auf unnormale Situationen und nicht im Sinne des Krankheitsmodells, das eher die gelernte Hilflosigkeit unterstützt, dargestellt. Die Form der Rationale ist nicht belehrend, sondern ein einfühlend-reflektierender „Sokratischer Austausch" in Zusammenarbeit mit den Klienten und mit der Möglichkeit der Bestätigung oder Zurückweisung.
Feedback, offene Fragen und der offen verbalisierte Umgang mit Eindrücken, Gedanken und Verhaltensbeobachtungen sowie rational-emotiver Dialog sind aktiver und direktiver Part der Therapie. Zu ersten Schritten der Symptombewältigung gehört bei Folterüberlebenden zumeist der Umgang mit den psychosomatischen Schmerzzuständen, unter denen die meisten Klienten leiden. Durch übende Verfahren der Entspannung, der Atmung und der Bewegungsaktivierung erfahren die Klienten das Zusammenspiel von Schmerzerwartung, muskulärer Verspannung, kognitiver Bewertung und Aufrechterhaltung des Circulus vitiosus. So werden gegenkonditionierende Bewältigungsfertigkeiten erlernt. Durch Reduktion von Schmerzverhalten gewinnen sie wieder erste Gefühle von Selbstkontrolle, die während der Folter verlorengingen.
Solche Verfahren der **Gegenkonditionierung** können als Therapiephase über weite Anteile der posttraumatischen Belastungsreaktionen gespannt werden. So können generalisierte Ängste, Phobien, Panikattacken und Zwänge, Reaktionen, die fast immer Folge von Foltererfahrungen sind, sowohl durch systematische Desensitivierung als auch durch geleitete Konfrontation mit vermiedenen Situationen flankierend behandelt werden.
Die zentrale Phase in der Therapie mit Folterüberlebenden ist aber die linguistische bzw. semantische Bewältigung der Folterereignisse und damit die **Integration** der Traumarealität in das kognitive Selbstkonzept als hinreichend sinn- und bedeutungsvoll. Nur so, durch die Aufhebung des überwiegenden kognitiven und behavioralen Vermeidungsverhaltens, können Stärke und Persistenz des PTSD (Posttraumatic Stress Disorder) auf Dauer reduziert werden. Um diese Integration zu erreichen, ist es nach Mollica u. Mitarb. notwendig, „Worte über das Erlebte und die begleitenden Gefühle herum zu formen" (Mollica u. Mitarb. 1987). Dies bedeutet die Wiederbelebung der inneren Welt von Symbolen, Phantasien, die Restrukturierung kognitiver Annahmen, die Veränderung negativer „automatischer" Gedanken (Beck 1992) und die Prüfung und Veränderung von Attributionen (z. B. die Selbstzuschreibung von Schuld).
Es hat sich in der Traumatherapie auch bewährt, erste Rekonstruktionsschritte des beschädigten Selbst vorzunehmen durch Freilegen und Stärken von Ressourcen (im hypnotherapeutischen Sinn [Dreher u. Woods 1989]), welche vor den traumatischen Situationen bestanden. In Entspannung oder nach hypnotherapeutischer Tranceinduktion ermöglichen **geleitete Imaginationen** Zugang zu positiven Erfahrungen und selbstwertstärkenden Erinnerungen, die vor der Traumatisierung Schutz, Sicherheit und kognitive Orientierung gaben. Die in den **Innenbildern** der Klienten entwickelten Szenarien werden in ihren kreativen, schützenden und heilenden Aspekten geankert, so z. B. mit angenehmen assoziierten Sinnesempfindungen wie Gerüchen, Farben, Körpersensationen oder Geräuschen konditioniert und verfügbar gemacht.
Die nächste Therapiephase beinhaltet die Konfrontation mit den vermiedenen Stimuli der traumatischen Situationen als vorsichtiges, schrittweises und wiederholtes **Flooding.** Dieses bedingt das uneingeschränkte Einverständnis der Klienten, das zuvor durch entsprechende Rationale erarbeitet sein muß. Das Ziel ist, den Teufelskreis der Vermeidung aufzuheben, durch den gefolterte Menschen durch Fragmente der traumatischen Situationen (Flashbacks und Alpträume sowie im weiteren Sinn durch psychosomatische Schmerzen) immer wieder überfallen werden. Das therapeutische Reinszenieren (re-enacting) dagegen ist das im Schutzraum ermöglichte Erinnern, Imaginieren und Aussprechen der traumatischen Erfahrungen. Soweit möglich, unterstützen Therapeuten die angemessene Sinn- und Bedeutungszuschreibung. Für „unfaßbare" Ereignisse wird empathische Anteilnahme gegeben. Hilfreich ist oft auch die Bedeutungsklärung, z. B. die Erhellung der Absichten der Folterer, womit Verminderung von Scham- und Schuldgefühlen bewirkt werden kann. Es können starke Emotionen freigesetzt werden, indem z. B. angemessene Trauer, Wut, oder Aggression die Klienten aus der traumatischen Erstarrung lösen. Das wiederholte Durcharbeiten durch Imagination, Beschreibung und Bedeutungsfindung führt allmählich zur bewußten Integration des Traumas in das Selbst. Die Vermeidungstendenz wird verringert, womit sich auch die vielfältigen Symptome reduzieren. Während die erste Reinszenierung zumeist heftige affektive Reaktionen auf hohem Erregungsniveau auslöst, führen die folgenden Wiederholungen zu einer stetigen Habituation.
Die Klienten registrieren dies in subjektiven Ratings über ihr Befinden und gewinnen mehr und mehr Selbstkontrolle über diesen Prozeß, lernen am Erfolg der oft dramatisch verbesserten Gesamtbefindlichkeit.
In späteren Sitzungen können erneute Wiederholungen streßimpfend (Meichenbaum 1991) und rückfallprophylaktisch wirken. Auch der Transfer auf bedrohliche Alltagssituationen kann in dieser Weise zur Stabilisierung der Befindlichkeit beitragen.
Je länger die Traumen zurückliegen, desto schwieriger wird zumeist der therapeutische Prozeß.
„Heilung" bedeutet bei Folteropfern oft eher die Hilfe zum Überleben, zur Vernarbung von offengehaltenen Wunden (Hoppe 1985).

Sexuelle Traumatisierung[1]

Die sexuelle Selbstbestimmung gehört zum Kernbereich eines intakten und kompetenten Selbstgefühls. Das menschliche Selbstverhältnis, seine Abgrenzung vom Anderen oder die Öffnung zum Anderen hin ist wesentlich auf der körperlichen Intimsphäre und der Selbstbestimmung, zumindest in diesem ganz persönlichen Bereich, aufgebaut. Einen anderen

[1] In diesem Abschnitt werden Forschungsergebnisse des Freiburger Instituts für Psychotraumatologie zur „natural history" und Therapie der sexuellen Traumatisierung berücksichtigt. Für Forschungsunterstützung danken wir u. a. der Landesversicherungsanstalt Baden.

Menschen hier teilhaben zu lassen, ist Ausdruck von Zuneigung, enger persönlicher Vertrautheit und Liebe.
Verstöße gegen die sexuelle Selbstbestimmung, ob in Kindheit oder Erwachsenenalter, kehren diesen Kern unseres Selbstverständnisses um. Die Opfer unterliegen einer zentralen „Invasion" ihres Selbstgefühles. Die bei sexueller Traumatisierung besonders häufigen Dissoziationstendenzen wie Depersonalisierung und Derealisierung können in diesem Zusammenhang als Versuche der „Selbst"-Rettung und „Selbst"-Bewahrung verstanden werden. Wenn in der Depersonalisierung beispielsweise das Opfer einer Vergewaltigung oder der sexuellen Folterung imaginativ aus dem eigenen Körper heraustritt, es fertigbringt, wie ein „unbeteiligter Zuschauer" den ungeheuren Vorgängen zuzuschauen, wie nicht wenige Opfer berichten, so können wir dies als einen Versuch verstehen, den „Intimbereich" aus der bedrohten Körpersphäre fortzuverlagern in einen imaginativen Fluchtpunkt, zu dem der Folterer und sexuelle Gewalttäter keinen Zugang mehr haben. Dies ist ein Beispiel für peritraumatische Dissoziation als psychischer Überlebensmechanismus. Nach Ende der traumatischen Situation können Überlebensstrategien wie Rückzug von der eigenen Körperlichkeit noch über lange Zeit erhalten bleiben. Dann verlieren sie ihren ursprünglichen Sinn und werden oft zum Hindernis für weitere Entwicklungsmöglichkeiten, die der Weg vom Opfer zum Überlebenden des Traumas mit sich bringen kann.
Vergehen gegen die sexuelle Selbstbestimmung scheinen regelmäßig in besonderer Weise die Grenzen des Selbst zu verletzen und zu einer Konfusion in elementaren Unterscheidungskriterien wie Selbst/Anderer, freundlich/feindlich, vertraut/fremd usw. zu führen. Ochberg (1988 u. 1993) hat analog zum Aufbau des PTSD im DSM-IV ein Syndrom der Victimisierungsfolgen beschrieben, das die Konfusion der Selbst/Anderer-Unterscheidung und weitere Folgen der besonders verwirrenden Erfahrung negativer sexueller Intimität zum Ausdruck bringt:
„A) The experience, or witnessing, of one or more episodes of physical violence or psychological abuse or of being coerced into sexual activity by another person. B) The development of at least (number to be determined) of the following symptoms (not present before the victimization experiences):
1. A generalized sense of being ineffective in dealing with one's environment that is not limited to the victimization experience (e.g. generalized passivity, lack of assertiveness, or lack of confidence in one's own judgment). 2. The belief that one has been permanently damaged by the victimization experience (e.g., a sexually abused child or rape victim believing that he or she will never be attractive to others). 3. Feeling isolated or unable to trust or to be intimate with others. 4. Overinhibition of anger or excessive expression of anger. 5. Inappropriate minimizing of the injuries that were inflicted. 6. Amnesia for the victimization experiences. 7. Belief that one deserved to be victimized, rather than blaming the perpetrator. 8. Vulnerability to being revictimized. 9. Adopting the distorted beliefs of the perpetrator with regard to interpersonal behavior (e.g., believing that it is OK for parents to have sex with their children, or that it is OK for a husband to beat his wife to keep her obedient). 10. Inappropriate idealization of the perpetrator.
C. Duration of the disturbance of a least one month" (1993, 782).
Im einzelnen umfaßt die Victimisierungsstörung die folgenden Symptome:
„1. Shame: Deep embarassment, often characterized as humiliation or mortification. 2. Selfblame: Exaggerated feelings of responsibility for the traumatic event, with guilt and remorse, despite obvious evidence of innocence. 2. Subjugation: Feeling belittled, dehumanized, lowered in dominance, and powerless as a direct result of the trauma. 4. Morbid hatred: Obsessions of vengeance and preoccupation with hurting or humiliating the perpetrator, with or without outbursts of anger or rage. 5. Paradoxical gratitude: Positive feelings toward the victimizer ranging from compassion to romantic love, including attachment but not necessarily identification. The feelings are usually experienced as ironic but profound gratitude for the gift of life from one who has demonstrated the will to kill. (Also known as pathological transference and "Stockholm Syndrome"). 6. Defilement: Feeling dirty, disgusted, disgusting, tainted, "like spoiled goods" and in extreme cases, rotten and evil. 7. Sexual inhibition. Loss of libido, reduced capacity for intimacy, more frequently associated with sexual assault. 8. Resignation: A state of broken will or despair, often associated with repetitive victimization or prolonged exploitation, with markedly diminished interest in past or future. 9. Second injury or second wound: Revictimization through participation in the criminal justice, health, mental health, and other systems. 10. Socioeconomic status downward drift: Reduction of opportunity or life-style, and increased risk of repeated criminal victimization due to psychological, social, and vocational impairment" (ebd. 782/783).
Symptome wie paradoxe Dankbarkeit, Idealisierung des Täters oder Übernahme seiner Weltsicht, die auf einen Verlust der Selbstgrenzen hindeuten, wurden in der Psychoanalyse als Identifizierung mit dem Angreifer beschrieben oder auch als „Introjektion des Schuldgefühls des Täters" (Ferenczi 1933), wenn ausgerechnet das Opfer die Schuldgefühle und Selbstanklagen entwickelt, die der Täter vermissen läßt.
Sogar noch eine Steigerung in der Konfusion zwischen Selbst- und Fremdbildaspekten (den „Repräsentanzen" von Selbst und Partner im Sinne sowohl der Kognitiven Psychologie wie der Psychoanalyse) ist zu erwarten, wenn der Täter zugleich Bindungsfigur für das Opfer ist, wie beim sexuellen Kindesmißbrauch durch die Eltern (zu Häufigkeit und Folgen etwa Bange 1992), mit dem Opfer eng vertraut oder gut bekannt ist wie bei Vergewaltigung in der Ehe oder auch sonst bei Vergewaltigung (vgl. Kretschmann 1993, Calhoun/Atkeson 1994), bei sexuellem Mißbrauch in Psychotherapie und Psychiatrie (Becker-Fischer u. Fischer 1996) oder im Laufe der traumatischen Situation zu einem Vertrauten wird, wie manchmal bei Geiselnahme und sexueller Folter (Gurris 1994), insbesondere wenn die Folterer Verwirrtechniken wie Double-binds verwenden. In all diesen Fällen tritt eine Desorientierung ein hinsichtlich der „guten" versus „bösen", freundlichen versus feindlichen Aspekte des Täters. Ähnlich wie sexuell und physisch mißhandelte Kinder sind bisweilen auch erwachsene Opfer aus seelischen Überlebensgründen gezwungen, das Bild vom Täter gewissermaßen aufzuspalten und an einem „guten", eventuell sogar idealen (Teil-)Bild festzuhalten. In dialektischer Konsequenz wird das bedrohliche und hassenswerte Bild auf andere Personen verschoben, von Folteren durch „Bad-guy-Good-guy"-Techniken noch unterstützt, und/oder das negative Bild wird auf die eigene Person verlagert und führt zu den Schuldgefühlen und Selbstanklagen des Victimisierungssyndroms. „Spaltungsvorgänge" als ein Abwehrmechanismus wurden in der psychoanalytischen Literatur beschrieben, für die „Borderline-Persönlichkeit" z. B. von Kernberg (1978), allerdings auf über

400 Seiten Text ohne jeden Bezug auf sexuelle und physische Traumatisierungen, die, wie wir heute wissen, den biographischen Hintergrund zahlreicher Borderlinepatienten bilden (eine Übersicht bei Rohde-Dachser 1994). Auch die kognitive Aufspaltung des Täters in eine gute und böse Teilrepräsentanz ist ein Überlebensmechanismus, der die Opfer vorübergehend vor Verzweiflung bewahren kann. Der Preis dieser kognitiven Selbstmanipulation im „Personenschema" ist die auch posttraumatisch fortbestehende emotionale Bindung an den Täter und die Neigung zu Selbstentwertung und Selbstanklage, die sich bis hin zu Suizidhandlungen steigern kann.

Therapie

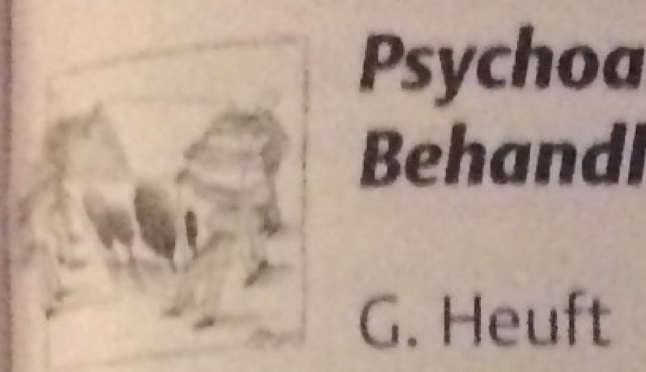
Neben Aspekten der Traumaverarbeitung im weiteren Sinne wie **Re-enactment** bzw. **Re-experiencing, Katharsis** und **Durcharbeiten** muß die Therapie speziell bei sexueller Traumatisierung den „gordischen Beziehungsknoten" auflösen, den der Täter um das Opfer geschlungen hat und der jetzt dessen persönliche Weiterentwicklung verhindert. Der Umgang mit dieser verzwickten Beziehungsproblematik erfordert dialektische Strategien, wie sie von Fischer (1983, 1986 u. 1989) für die psychodynamische Therapiekonzeption entwickelt wurde, von Linehan (1987 u. 1994) für die Verhaltenstherapie. Dialektische Strategien zielen darauf ab, den Patienten die Widersprüche erkennen zu lassen, in die er sich mit Überlebenstechniken verstrickt, die in der ursprünglichen Notlage zumeist hilfreich waren, sich später aber als kontraproduktiv erweisen. Für die Arbeit mit sexuell traumatisierten Patienten hat Fischer (1990) einen therapeutischen Veränderungsschritt beschrieben, den er als die „Fähigkeit zur Objektspaltung" bezeichnet. Gemeint ist die metakognitive (Flavell 1976) Fähigkeit, die bisherige Aufspaltung des Täterbildes und die Idealisierung des Täters als eine wunschbestimmte Illusion zu durchschauen, sich emotional vom Täter lösen und so die Selbstgrenzen wieder klar und eigenbestimmt aufrichten zu können. Manche Therapeuten versuchen, diesen Schritt mit psychoedukativen Mitteln durch Deklarationen herbeizuführen oder zu erleichtern. In der praktischen Arbeit kann dies leicht zu Enttäuschung und Resignation führen, wenn die Opfer zuerst alle Warnungen dankbar aufnehmen, um dann schließlich doch zum Täter und damit in das traumatische Milieu zurückzukehren.

In einer dialektischen Therapiekonzeption muß hier die therapeutische Beziehungsebene als unerläßlicher Vermittlungsschritt berücksichtigt werden. Im gleichen Maße, wie der Klient/Patient innerlich an den Täter gebunden bleibt, überträgt er auf den Therapeuten oder die Selbsthilfegruppe Aspekte des negativen Täterbildes. Durch unbewußte „Beziehungstests" (Sampson u. Weiss 1983) unterwirft der Patient den Therapeuten einer Probe, um festzustellen, ob dieser wirklich in der Lage ist, sich anders zu verhalten als der Täter oder ob er strukturell letztlich doch ähnlich reagiert. Wenn nun der Therapeut sich durch zuviel psychoedukative Rhetorik vom Täter distanziert, so kommt er paradoxerweise nicht länger für den „Übertragungstest" in Frage. Erst wenn es dem Therapeuten gelingt, in einer Schlüsselszene, die strukturell der Mißbrauchssituation oft bedenklich nahekommt, die gelernten Erwartungsmuster des Patienten dialektisch zu durchkreuzen, sich in diesem Sinne also „erwartungswidrig" (Fischer 1983) zu verhalten, kommt die emotionale Ablösung vom Täter und die metakognitive Überwindung der Spaltung im Täterbild zustande. Der Veränderungsschritt, der den „gordischen Knoten" der bisherigen Selbst – Objekt – Konfusion lösen kann, ist durch drei Merkmale gekennzeichnet:

- durch den Aufbau eines tragfähigen Arbeitsbündnisses und damit eine neue, vertrauensvolle Beziehungserfahrung;
- eine therapeutische Intervention, die einen stabilen Bezugspunkt jenseits des konfundierten Täterkonzeptes setzt und
- die Fähigkeit des Patienten, die Differenz zwischen seiner negativen Erwartung dem Therapeuten gegenüber und dessen realem Verhalten (nicht nur seinen verbalen Äußerungen) zu erkennen.

Diese Aufhebung der Idealisierung des Täters und metakognitive Integration der negativen, hassenswerten Aspekte in das Täterbild ist eine notwendige Bedingung für den Therapieerfolg in der Arbeit mit Patienten, die in ihrer Kindheit oder auch später als Erwachsene durch sexuelle oder physische Gewalt traumatisiert worden sind und Symptome der Victimisierungsstörung entwickelt haben. Beim Durcharbeiten der traumatischen Situation kann jetzt die Grenze zwischen Selbst und Objekt aufrechterhalten und die traumatische Erfahrung in ihrer realen Verursachung auch emotional begriffen werden. Selbstanklagen und die diversen Selbsterniedrigungstendenzen des Victimisierungssyndroms erübrigen sich auf diese Weise. Prinzipiell ist der Weg frei für die Überwindung der „Gegenabhängigkeit", der Fixierung an die Tat und den Täter, unter der manche Opfer sogar lebenslang leiden; für den Aufbau eines Selbst- und Weltverhältnisses, das das Trauma integrieren kann, ohne sich noch länger von der Gewalttat beherrschen lassen müssen. Die weiteren Entwicklungsschritte, die sich an die „Fähigkeit zur Objektspaltung" anschließen, bilden zugleich den Weg vom „Opfer" zum „Überlebenden" des Traumas.

47. Notfälle



Psychoanalytische Behandlungsansätze

G. Heuft

Wann ist eine psychische Krise ein Notfall?

Es gibt akute Krisensituationen, die ein rasches und wirkungsvolles Eingreifen erfordern, um zu verhindern, daß der Patient in einer psychischen Ausnahmesituation durch Agieren Fakten schafft, die nicht mehr veränderbar sind und ihn selber oder/und anderen Schaden zufügt. Die Paradigmen der therapeutischen Abstinenz, der gleichschwebenden Aufmerksamkeit und des selbstverantworteten Lebens müssen in diesen Fällen durch die Notwendigkeit therapeutischen Handelns ergänzt werden. Typische Beispiele für solche Notfallsituationen sind (vgl. Tab. 47.1) intrapsychische Krisen, psychosoziale Krisen, Notfälle durch akute Traumatisierung, psychosomatische Krisen, somatopsychische Krisen und gerontopsychosomatische Identitätskrisen.

Diese Notfälle stehen stets im Kontext psychischer Krisen – jedoch nicht jede psychische Krise entspricht einem Behandlungsnotfall. So verstand E. H. Erikson (1959) Krisen als normale Reifungsphasen in der psychosozialen Entwicklung jedes Menschen und beschrieb Lebenskrisen wie z. B. die Adoleszenz oder Partner- und Berufswahl. Während Erikson die Unverbindlichkeit dieser Krisen im Sinne von Wendepunkten mit Gefahr und Chance sah, betonte die Ich-Psychologie (Hartmann 1939) die Krise als Überbelastungssituation mit emotionalem Ungleichgewicht und Desorganisation. Lindemann (1944) gilt als einer der Pioniere einer Psychotraumatologie aufgrund seiner Studie von akuten Trauerreaktionen nach einer Feuerkatastrophe in Boston. Seine Vorschläge für eine akute therapeutische Begleitung in der Trauerarbeit erscheinen bis heute relevant.

Ergänzend betonte Hoff (1984) die soziale Dimension von Krisen: Nicht die Ereignisse selber, sondern deren Interpretation, der Grad der Bewältigungsfähigkeit und die verfügbaren sozialen Ressourcen bestimmen Verlauf und Ausmaß der Krisen. Diese soziale Dimension wurde aus Sicht der Familientherapie als Zusammenbruch des funktionierenden Familiensystems (Minuchin 1977, Selvini Palazzoli u. Mitarb. 1975) beschrieben.

Alle diese Krisen erlauben in der Regel ein geplantes, terminierbares therapeutisches Vorgehen in einem definierten Setting. Gleiches gilt für die Bearbeitung von Traumata (wie z. B. Mißhandlung, sexueller Mißbrauch) in der zurückliegenden Biographie des Patienten, die entweder Anlaß einer psychotherapeutischen Behandlung sind oder erst im Laufe einer psychoanalytischen Behandlung „entdeckt", d. h. wiedererinnert werden (vgl. Ellerbrok u. Mitarb. 1995). Die hier angesprochenen Notfallsituationen dulden dagegen aufgrund der Akuität der Symptomatik, des extremen Leidensdrucks oder/und der Selbst- respektive Fremdgefährdung keinen Aufschub. Für die Notfallpsychotherapie haben die Herausarbeitung psychotraumatologischer Behandlungsansätze (vgl. für den deutschsprachigen Raum z. B. Fischer 1995) eine besondere Bedeutung, da die Notwendigkeit psychotherapeutischer Interventionen nach akuten Traumatisierungen, wie z. B. Terroranschlägen, Unfällen oder Naturkatastrophen, zunehmend mehr ins Bewußtsein rücken.

Tabelle 47.1 Notfälle in der Psychotherapeutischen Medizin

- **Intrapsychische Krisen**
  - Kränkungserlebnisse mit suizidaler Gefährdung
  - affektive Krisen und präpsychotische Entwicklung
  - negative Übertragungskonflikte in laufenden Behandlungen
- **Psychosoziale Krisen**
  - familiäre Krisensituationen
  - Krisen in Beruf und Wohnsituation
- **Notfälle durch akute Traumatisierung**
- **Psychosomatische Krisen**
  - herzangstneurotischer Anfall
  - Notfälle bei Anorexia nervosa
  - akute Konversionssymptomaitk
  - Notfälle bei Artefakt-Patienten
- **Somatische Krisen**
  - Konfrontation mit schweren Körperkrankheiten
  - Organtransplantation
- **Gerontopsychosomatische Identitätskrisen**

Vom Standardsetting zur Notfallbehandlung

Freud stand der psychoanalytischen Behandlung akuter Krisenzustände skeptisch gegenüber: „In akut krisenhaften Zuständen ist die Analyse so gut wie nicht zu brauchen. Alles Interesse des Ichs wird dann von der schmerzhaften Realität in Anspruch genommen und verweigert sich der Analyse, die hinter diese Oberfläche führen und die Einflüsse der Vergangenheit aufdecken will" (1937, S. 372). Ferenczi versuchte durch seine sog. „aktive Technik" die Analysen abzukürzen, indem er z. B. Zwangsrituale verbot oder phobischen Patienten Angstexposition empfahl. Sein „Prinzip der Gewährung" (Ferenczi 1930, S. 263) sollte im Gegensatz zur starren Versagung helfen, den Wiederholungszwang aufzuheben. In ihrem umstrittenen Konzept der „korrigierenden emotionalen



„Psychoanalytiker stochern immer nur in der Kindheit herum und spekulieren – Verhaltenstherapeuten kurieren Symptome oberflächlich und lassen die Biografie eines Menschen außer acht.“ Diese Überzeugung – möglicherweise noch verbunden mit den Positionen von Ärzten auf der einen und klinischen Psychologen auf der anderen Seite – steckt noch immer in den Köpfen vieler Therapeuten.

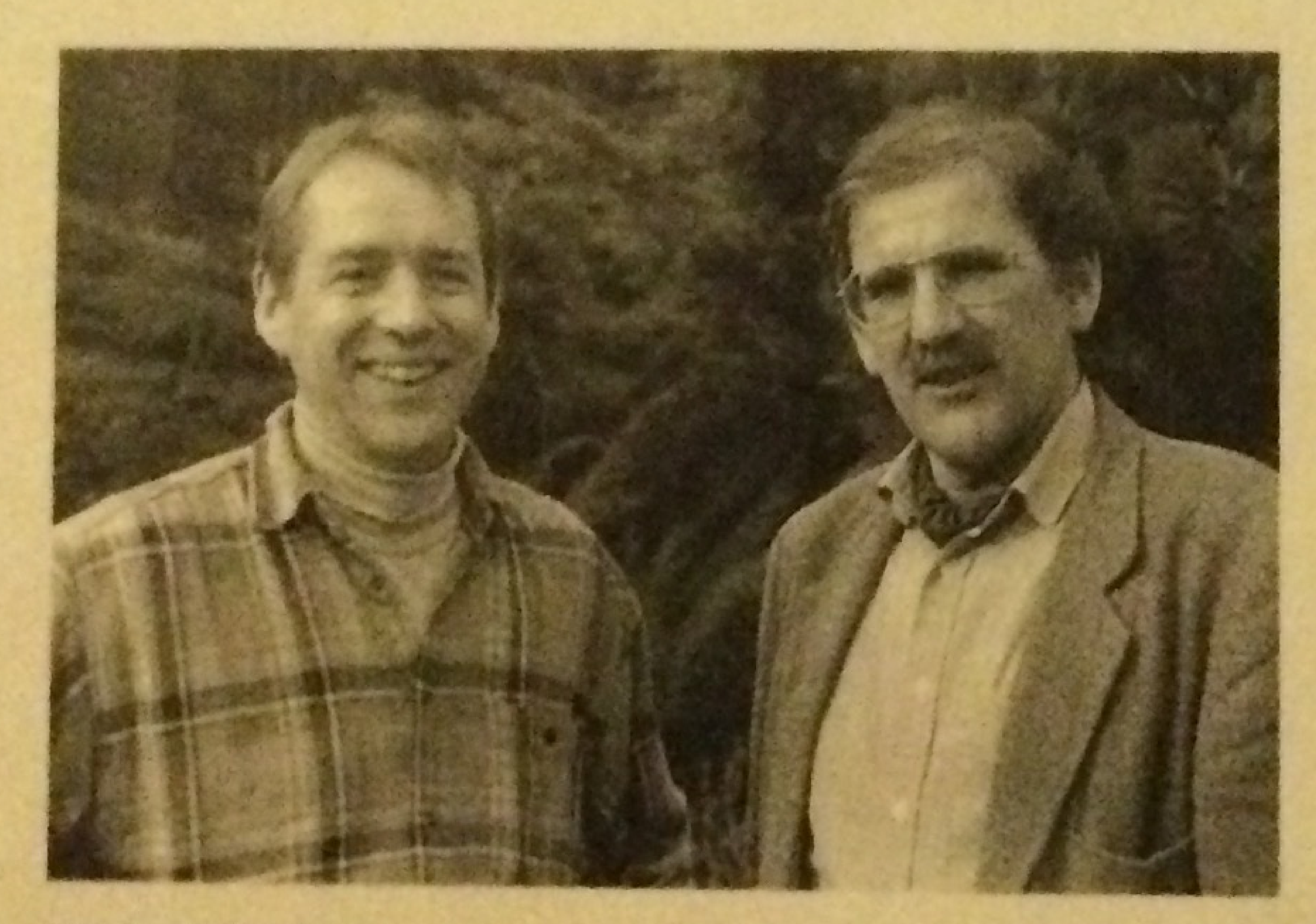
Dieses Buch will die Mauer zwischen den Therapieschulen und zwischen den Berufsgruppen überwinden. Es greift damit wichtige Strömungen der aktuellen Psychotherapie-Diskussion auf, und es will diese Entwicklung auch mitbestimmen.

Als Lehrbuch bietet es ers[illegible]e Möglichkeit, sich systematis[illegible]jektiv und zugleich praxis[illegible]lick bis ins Detail üb[illegible]thera-peuti[illegible]

[illegible]den [illegible]oanalyse, [illegible]vielen weiteren P[illegible]ist von prominenten Ve[illegible] einzelnen Schulen
- eine[illegible]ematische Anleitung zu verschiedenen diagnostischen Verfahren
- eine detaillierte Beschreib[illegible] Behandlungstechnik
- einen ausführlichen, nosologisch aufgebauten Teil, der die spezifischen Aspekte von Diagnostik und Therapie für die wichtigsten Störungen behandelt
- viele praktische Hinweise für den Behandlungsalltag
- die Beschreibung der rechtlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen

Alle an Psychotherapie Interessierte sind angesprochen:

- Anfänger, die sich eingehend über die Psychotherapie und die Ausbildung orientieren und einen ersten Einstieg finden möchten
- Lernende, die alles, was Sie für Aus- und Weiterbildung benötigen, hier finden können
- Lehrende, die alle Ausbildungsinhalte von anerkannten Experten kurz und übersichtlich dargestellt vorfinden
- Professionelle Therapeuten, die es wagen möchten, einen Blick über den Zaun ihrer eigenen psychotherapeutischen Praxis zu werfen oder zu überprüfen, ob ihre Behandlungsstrategien noch dem heutigen Wissensstand entsprechen
- Die interessierte Öffentlichkeit, die sich einen differenzierten und objektiven Eindruck verschaffen kann.



Michael Broda   Wolfgang Senf

ISBN 3-13-106091-3